CONCOURS D'AGRÉGATION : 1906-1907

SECTION DE PATHOLOGIE INTERNE ET DE MÉDECINE LÉGALE

EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur E. SOREL

Ancien Interne des Hôpitaux de Toulouse
Ancien Chef de Clinique Médicale
Préparateur d'Anatomie Pathologique
Chef des Travaux de Physique Clinique.

TOULOUSE
IMPRIMERIE CH. MARQUÈS
Boulevard de Strasbourg, 22 et 24

1907

I. — TITRES

1° *Externe des Hôpitaux* de Toulouse, 1893.

2° *Interne des Hôpitaux* de Toulouse, 1894.

3° *Préparateur du cours d'anatomie pathologique.* (Laboratoire de M. le professeur Tapie , 1895-1897 et 1901-1906.

4° *Chef de clinique médicale* (service de M. le professeur Caubet), du 1er novembre 1897 au 1er avril 1901.

5° *Chef des travaux de physique clinique*, 1er janvier 1902 (service de M. le professeur Marie).

6° *Membre correspondant de la Société de Médecine de Toulouse* (1898).

7° *Membre de la Société anatomo-clinique* de Toulouse (1899).

8° *Lauréat de la Faculté de Médecine de Toulouse* (1897). Prix de thèse, médaille d'argent.

9° *Lauréat de la Société de médecine de Toulouse*, médaille d'argent (1899), médaille de vermeil (1900).

10° *Membre résident de la Société de Médecine* de Toulouse (décembre 1906).

II. — ENSEIGNEMENT

1° *Conférences de clinique médicale faites à l'Hôtel-Dieu de Toulouse*, dans le service de M. le professeur Caubet, 1897-1898-1899 et 1900.

2° *Conférences préparatoires au concours d'internat des Hôpitaux* de Toulouse pendant les années 1902 et 1903.

3° *Démonstrations pratiques d'électrothérapie*, dans le service de physique clinique de M. le professeur Marie

III. — TRAVAUX SCIENTIFIQUES

A. — Anatomie pathologique.

I. — *Forme rare de cancer primitif du foie.* (Société de Méd., de Toulouse, 1899, et « Archives méd. de Toulouse », 21 juillet 1898.)

II. — *Sarcome angiolitique de la dure-mère* (Société anat.-clinique de Toulouse, 1895, et thèse Meurisse, 1899).

III. — *Ulcère double de l'estomac chez un vieillard, tranformation cancéreuse* (Société anat.-clinique de Toulouse, 1900, et thèse Combarel, Toulouse, même année).

IV. — *Cancer double du sein* (Société anatomo-clinique de Toulouse, 1906).

V. — *Epithélioma adamantin récidivé,* étude histologique. (Société anatomo-clinique de Toulouse, 1905).

VI. — *Cancer du sein chez une jeune fille de 20 ans.* (Société anatomo-clinique de Toulouse, 1905.)

VII. — *Cancer du testicule chez un garcon de 23 ans.* (Société anat.-clinique de Toulouse, 1905.)

VIII. — *Un cas de cancer du côlon transverse; avec anastomose spontanée iléo-colique.* (Sorel et Buy. « Toulouse-Médical », 1901.)

B. — Médecine expérimentale et bactériologie.

IX. — *Etude critique et expérimentale sur le passage des micro-organismes dans l'urine.* (Thèse de doctorat, Toulouse, 1897.)

X. — *Prostatite à gonocoques.* « Arch. méd. Toulouse », 1895.

XI. — *De l'arthrite purulente à pneumocoques au cours de la pneumonie.* « Bulletin médical », 1899.

XII. — *Contribution à l'étude expérimentale de l'athérome.* (Société de médecine de Toulouse, décembre 1904).

XIII. — *Typhus et paratyphus.* « Arch. méd. de Toulouse », 1906.

XIII *bis.* — *Fièvre typhoïde et ictère infectieux, provoqués par l'ingestion d'huîtres.* (Soc. méd. de Toulouse, janvier 1906.) Revue en préparation.

C. — Système nerveux.

XIV. — *Hémiplégie spasmodique infantile liée à l'hérédo-syphilis.* (Journal des maladies cutanées et syphilitiques, 1895).

XV. — *Syndrome de Weber lié à une paralysie faciale otitique.* (Mémoire présenté à la Société de médecine de Toulouse, 1898.)

XVI. — *Même sujet,* amplifié. « Archiv. méd., Toulouse, 1898 ».

XVII. — *Un cas de maladie de Little* (étude clinique). Société de méd. de Toulouse, 1898.

XVIII. — *Un cas de pied tabétique.* (Bulletin médical, en collaboration avec le docteur Buy, étude clinique et radiographique.)

XIX. — *Epilepsie Jacksonnienne,* traitée par l'hémicraniectomie. (En collaboration avec le docteur Bauby). Analyse dans « Bulletin médical », 1899.

XX. — *Gangrène symétrique des extrémités.* « Toulouse-médical », 1899.

XXI. — *Même sujet, in* thèse Ducos, Toulouse, 1899.

XXII. — *Un cas de toux hystérique.* Société de médecine de Toulouse, 1898.

XXIII. — *Un cas de paralysie spinale aiguë de l'adulte.* (Société méd. de Toulouse, novembre 1900).

XXIV. — *Formes frustes de la sclérose en plaques.* « Toulouse-Médical ».

XXV. — *Un cas de méralgie paresthésique.* « Toulouse-Médical », 1901.

XXVI. — *Un cas d'épilepsie alcoolique.* « Toulouse-Médical », 1901.

XXVII. — *Un cas de myélite transverse.* « Toulouse-Médical », 1901.

XXVIII. — *Hémiplégie syphilitique double.* « Toulouse-Médical », 1901.

XXIX. — *Hystérie post-typhique.* (Société Méd. Toulouse, 1904).

XXX. — *Accidents hystériques au cours ou dans la convalescence de la grippe.* Société Méd. Toulouse, 1904.

XXXI. — *Des paralysies dans la coqueluche.* (Société Méd. de Toulouse, 1905).

Même sujet, in thèse Lafage, janvier 1906.

XXXII. — *Hémiplégie syphilitique précoce,* malgré traitement spécifique. « Toulouse Méd. », 1906.

XXXIII. — *Diagnostic et traitement électrique des myopathies.* (Congrès de méd. interne, Toulouse, 1903).

XXXIV. — *Epithélioma du dos de la main,* traité et guéri par la radiothérapie.

XXXV. — *Hémorragie méningée,* remarques sur la localisation du foyer hémorragique primitif. « Bulletin Médical ».

D. — Médecine générale.

XXXV. — *Un cas de polyurie essentielle.* « Archives médicales de Toulouse », 1899.

XXXVI. — *Orchite grippale.* « Archives méd. », Toulouse, 1898.

XXXVII. — *De quelques complications observées au cours d'une épidémie de fièvre typhoïde* (Société Méd Toulouse, 1899).

XXXVIII. — *Un cas d'empoisonnement par l'acide chlorhydrique.* « Toulouse-Médical », 1900.

XXXIX. — *Névrite diabétique au cours d'un diabète pancréatique.* (Société méd. 1902).

XL. — *Un cas d'helminthiase gastrique.* « Toulouse-Médical », 1901.

XLI. — *Polyadénite tuberculeuse et cancéreuse, reproduisant le syndrome lymphadénome.* «Toulouse-Médical», 1902.

XLII. — *Péricardite purulente consécutive à un abcès sous-phrénique ouvert dans le péricarde.* (Société méd. de Toulouse, 1901).

XLIII. — *Embolie pulmonaire à la période pré-oblitérante de la phlébite* (Société méd. de Toulouse).

XLIV. — *Même sujet, in* thèse Stelianidès, Toulouse, 1901.

XLV. — *Sténose pylorique, syndrome de Reichmann.* « Toulouse-Médical », 1901.

XLVI. — *Anévrysme de la crosse de l'aorte*, essai de traitement par les injections d'eau gélatinée. En collaboration avec le Dr Buy.

XLVII. — *Un cas d'helminthiase gastrique* « Toulouse-Médical », 1901.

XLVIII. — *De l'asthme au cours de la grossesse*, en collaboration avec le Dr Audebert. (Société de Médecine de Toulouse, 1901).

XLIX. — *Même sujet, in* thèse. Toulouse, 1901.

L. — *Chancres simples à localisation anormale.* « Archives médicales Toulouse », 1895.

LI. — *Anasarque au cours de l'entéro-colite grave, terminée par gangrène cutanée.* (Congrès de Médecine, Paris, 1904).

LII. — *Même sujet, in* thèse Denard, Toulouse, 1904.

LIII. — *Artérite oblitérante de l'artère humérale par traumatisme léger du coude;* « Toulouse médical », 1906.

LIV.— *Entérite tuberculeuse à tendance perforante.* « Toulouse-Médical », 1906.

LV. — *Cirrhose hyperthrophique avec ascite, guérison.* (Société médecine, Toulouse, 1906.

LVI. — *Observation d'infantilisme, in* thèse Monribot. Toulouse, 1903.

LVII. — *Hémopéricarde brigthique* (En collaboration avec le Dr Rispal, « Toulouse-Médical ».

LVIII. — *Pseudo-rhumatisme ourlien,* étude *clinique, cytologique* et *bactériologique.* (Société méd. Toulouse, 1906).

LIX. — *Diabète traumatique.* (Société méd. Toulouse, 1907).

LX. — *Abcès péri-néphrétique consécutif à un hématome périrénal.* (Société méd. Toulouse, 1907).

LXI. — *Nystagmus familial congénital* (En préparation).

E. — Thèses écrites sous mon inspiration avec observations personnelles, non comprises dans les paragraphes précédents.

LXII. — *Mort subite dans les épanchements pleurétiques moyens* Thèse Rascol, Toulouse, 1898.

LXIII. — *Hémorragies intestinales dans l'urémie.* Thèse Fédou, Toulouse, 1899.

F. — **Autres Travaux.**

LXIV. — *Comptes-rendus de quelques* Sociétés savantes toulousaines dans le « Bulletin Médical ».

LXV — *Rapports médico-légaux divers*, sur réquisition spéciale du parquet

A. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. – Forme rare de cancer primitif du foie[1].

L'intérêt de cette observation réside dans ce fait histologique, considéré comme très rare, dans le mémoire de Hanot et Gilbert : cancer massif à type trabéculaire. De plus, nous observâmes dans les zones périphériques du néoplasme, de l'épithélioma alvéolaire, association exceptionnelle dans une même tumeur.

III – Ulcère double de l'estomac chez un vieillard, transformation cancéreuse.

A l'autopsie d'un homme âgé, ayant succombé avec les signes d'un cancer de l'estomac, nous trouvâmes un ulcère double, adhérant au foie, ayant les caractères macroscopiques habituels de la maladie de Cruvelhier. L'examen histologique montra un épithélioma métatypique en pleine évolution ; des cellules épithéliales, disposées en traînées, infiltrent la muscularis mucosæ et dissocient les fibres. Cet aspect histologique se retrouve au niveau des deux surfaces ulcérées ; c'était là un exemple typique de ces trans-

(1) Les chiffres romains placés au-devant du titre indiquent l'ordre occupé par les travaux dans la table qui précède.

formations malignes, indiquées par Rokitansky, Dittrich, Lebert, Hanser, etc. et rappelées dans les cliniques du Professeur Dieulafoy.

V. — **Epithélioma adamantin récidivé, étude histologique.**

Après une guérison ayant duré dix ans, une tumeur conservant le type adamantin récidive, et nous donne l'occasion de décrire à nouveau cette forme, assez rare de tumeur épithéliale.

VI et VII. — **Cancer du sein chez une jeune fille de 20 ans. — Cancer du testicule chez un garçon de 23 ans.**

Ces deux cas nous ont permis d'étudier le cancer des jeunes sujets, ne différant guère, au point de vue histologique, du cancer des sujets âgés ; nous avons aussi vérifié la malignité bien connue de la première de ces deux formes.

VIII. — **Un cas de cancer du côlon transverse avec anastomose spontanée iléo-côlique.**

Il s'agit du cas d'un homme de 37 ans, qui, se sachant syphilitique, attribue à cette maladie générale les symptômes intestinaux qu'il éprouve, et arrive dans le service de M. le professeur Caubet, où nous reconnaissons sans peine un cancer de l'angle gauche du côlon transverse : la mort survient dans la cachexie. Nous n'insistons pas sur les rapports possibles du cancer et de la syphilis, signalés par Bovis (*Revue de chirurgie*, 1900) et récemment rappelés à

l'Académie de médecine dans la discussion ouverte, sur le cancer de la langue, par MM. Fournier et Poirier. L'autopsie, vérifiant le diagnostic anatomique. déjà porté, montre qu'il s'agit d'un cancer annulaire à forme ulcéreuse, qui a fixé dans son voisinage une anse de l'intestin grêle et dont le processus néoplasique a donné naissance à une fistule bi-muqueuse. Ces anastomoses spontanées sont assez rares (voir Lacrozaz, thèse Lyon 1898-99), elles réalisent parfois ce que la chirurgie cherche à produire : le libre passage des matières. et c'est là une cause possible de survie.

B. — MÉDECINE EXPÉRIMENTALE et BACTÉRIOLOGIE

IX. — Etude critique et expérimentale sur le passage des microorganismes dans l'urine. — Thèse de Doctorat. Toulouse, 1897.

L'urine des sujets en état de santé est toujours aseptique, fait démontré, en 1863, par Pasteur et vérifié par les travaux ultérieurs de Roberts et Meisner, Gosselin et Robin, Cazeneuve et Livon, etc...... Wissokowitsch a également formulé la loi de l'imperméabilité des membranes vivantes, d'où impossibilité, pour les microbes, de filtrer à travers un rein non altéré. Cependant, au cours des maladies, l'on a pu trouver des bactéries dans l'urine. Quelle est la valeur des résultats ainsi obtenus? La bactériurie est signalée dans des maladies où nous la savons irréalisable, telle la diphtérie, le germe spécifique ne franchissant pas le voisinage de la fausse membrane, les oreillons, la rougeole, la scarlatine, affections encore entourées d'obscurité au point de vue bactériologique ; l'érysipèle, l'infection puerpérale, la fièvre typhoïde, la pneumonie, maladies pour lesquelles un sérieux examen critique s'impose.

Au cours des infections expérimentales, semblables constatations ont été faites, les unes simplement à l'aide de l'examen microscopique, les autres contrôlées par les cultures

sur milieux appropriés ; Charrin démontre le pyocyanique dans l'urine des lapins inoculés, tire de cette découverte des déductions importantes pour la pathogénie des néphrites infectieuses ; Straus et Chamberland retrouvent la bactéridie charbonneuse dans l'urine des animaux inoculés ; MM. Cornil et Berlioz, en 1883, dans leurs mémoires sur l'empoisonnement par le jiquirity, retrouvent aussi le bacille dans les glomérules et dans l'urine. Wissokowitsch arrive, par ses expériences, à des conclusions toutes différentes : dans la plupart des essais, portant sur un grand nombre d'espèces microbiennes, appartenant à des types qui ne sont pas les hôtes habituels de l'organisme humain, cet auteur constate, de façon à peu près constante, l'absence de germes dans l'urine et la présence dans le sang, quels que soient les microbes injectés ; aussi Wissokowitsch peut-il poser la loi suivante :

« Le passage des bactéries dans l'urine indique une mala-
« die locale du système urinaire. Le rein normal ne laisse
« point passer les microorganismes ; ce passage est toujours
« dû à une altération vasculaire produite par la bactérie
« elle-même ».

D'autres auteurs, dont nous ne pouvons analyser les importants travaux, tels Enriquez, Biedl et Kraus, Charrin, Renon, nous ont fourni de précieux documents et l'idée d'expériences que nous avons reproduites ou complétées.

De la revue des faits cliniques par nous signalés, nous déduisons cette idée, que bien souvent les expérimentateurs ou cliniciens ont trouvé des bactéries dans l'urine de malades ou d'animaux ayant les reins plus ou moins lésés dans la zone vasculaire, ou que bien souvent aussi, des fautes de

technique, difficile en pareil cas, ont entraîné des résultats erronés.

Voulant nous mettre à l'abri de ces erreurs, nous avons limité nos recherches au terrain expérimental et nous nous sommes adressés à des microbes non saprophytes dans la cavité vésicale et de préférence chromogènes ; nous avons aussi utilisé le pyocyanique, le prodigiosus et une bactérie rouge pathogène, étudiée dans la thèse de Thévenin (Toulouse 1898, Bactéries chromogènes) ; nos recherches se sont poursuivies en utilisant la bactéridie charbonneuse, l'aspergillus fumigatus, l'oïdium albicans ; enfin, accessoirement, nous avons étudié l'urine des animaux inoculés avec du bacille de la diphtérie ou du bacille d'Eberth, exalté de virulence par des passages successifs.

Nous recueillons l'urine, tantôt sur l'animal vivant, tantôt à sa mort. Le lapin porte généralement une sonde à demeure et à intervalles réglés, nous puisons l'urine à l'aide d'une pipette portée dans la lumière de la sonde ; cette façon de procéder, qui peut ne pas sembler d'abord irréprochable, est cependant des plus correctes, si l'on se souvient que les microbes recherchés ne sont pas de ceux qui habitent normalement l'urèthre. Sur l'animal mort, la technique est plus élémentaire encore : la vessie est mise à découvert, cautérisée à la surface et la prise de l'urine s'opère de façon tout à fait aseptique.

Des quarante-deux expériences qui constituent le côté original de notre travail, il résulte que certains microbes sont trouvés de façon à peu près constante dans l'urine : ce sont le pyocyanique, la bactéridie charbonneuse, le bacille rouge ; or, ces trois espèces microbiennes engendrent des

hématuries, plus ou moins abondantes, se réduisant parfois à la présence de quelques globules rouges, qu'il faut attentivement chercher ; nous avons constaté aussi que l'apparition des hématies a devancé celle des microbes. Les tubercules, pseudo-tubercules ou infarctus du rein, produits par l'injection d'aspergillus ou d'oïdium albicans ont la même influence que l'hémorragie, sur le passage des bactéries dans l'urine. Dans les septicémies par le bacille typhique, le prodigiosus, les recherches bactériennes sont restées négatives.

Cet ensemble de faits expérimentaux devait nous conduire à cette conclusion, que l'urine élimine seulement des bactéries à la faveur des hémorragies, des abcès, des tubercules ou pseudo-tubercules, des infarctus du rein. Cependant, frappé par certains travaux de Duclaux, nous crûmes ne pas devoir formellement nier le passage des microbes à travers un rein sain, songeant que la diapédèse bactérienne était tout aussi possible que la migration leucocytaire, nous souvenant ainsi que le bacille tuberculeux peut passer dans le lait d'une vache non atteinte de mammite. Ce processus fut par nous considéré comme exceptionnel et nous acceptâmes comme fondée, dans la généralité des cas, la loi de Wissokowitsch. Les recherches modernes sur l'élimination fréquente par l'urine de certains germes, tel le bacille d'Eberth, justifient la sage réserve que nous crûmes devoir apporter aux conclusions de notre travail.

X — Prostatite à gonocoques

L'intérêt de cette observation, recueillie et étudiée à une époque où l'étiologie de la prostatite blennorragique était encore discutée, réside dans ce fait que le pus fut directement retiré de la prostate, à travers la cloison rectale. Le gonocoque ne venait donc pas de l'urètre.

XI. — Arthrite purulente à pneumocoques

Les arthrites suppurées de la pneumonie sont souvent provoquées par des germes d'infection secondaire, le streptocoque le plus souvent; dans des cas plus rares, le pneumonoque a pu être isolé, à l'état de pureté. Dans l'observation qui fait le sujet de notre travail, au cours d'une pneumonie chez un débilité, nous vîmes survenir un œdème du membre supérieur du côté malade, prenant bientôt l'aspect phlegmonneux ; la mort survient ; l'autopsie prouve que le coude est le point de départ de l'affection, par suite, à début nettement articulaire.

La bactériologie a démontré la présence du pneumocoque dans les crachats, par l'inoculation à la souris et l'examen microscopique. Le pneumocoque s'est encore retrouvé à l'état de pureté dans le liquide séreux des phlythènes péri-phlegmonneuses, le sang, le liquide pleural, le suc pulmonaire, le pus.

Il s'est agi, dans cette observation, d'une véritable pneumococcie, à double localisation pulmonaire et articulaire, réalisant, au coude, la forme suppurée du pseudo-rhumatisme pneumococcique.

XII. — Contribution à l'étude expérimentale de l'athérome

Après le travail de Josué, publié dans la *Presse médicale*, en mai 1904, nous cherchâmes à reproduire les expériences de l'auteur ; nos recherches datent des mois d'octobre, novembre et décembre suivants. Les expériences furent au nombre de six et confirmèrent les faits avancés par Josué, quant à la production des plaques athéromateuses aortiques. Mais au cours des expérimentations, deux accidents attirèrent notre attention par leur gravité et leur singularité : l'œdème aigu du poumon et l'hypertoxicité d'une dose d'adrénaline, habituellement bien tolérée. Nous avons pensé, avec Baylac, que l'action à la fois toxique, mécanique et nerveuse de l'adrénaline, pouvait servir à l'interprétation pathogénique de l'œdème aigu du poumon chez l'homme ; nous avons aussi comparé l'hypersensibilité de certains lapins pour l'adrénaline, à ce qui se constate parfois en médecine expérimentale, où l'on voit succomber des animaux subis à l'épreuve des vaccinations immunisantes et qui reçoivent des doses égales ou inférieures à celles reçues déjà par eux-mêmes, ou par des animaux semblables. En d'autres termes, si les injections répétées de produits toxiques créent la *prophylaxie*, l'on voit aussi la tendance contraire, *l'anaphylaxie*, mot créé par le professeur Richet et rappelé par le professeur Lépine (*Semaine méd.*, 1er mars 1905). Cette particularité impose des réserves sur l'emploi de l'adrénaline en thérapeutique, et explique les accidents signalés par bien des cliniciens, tout d'abord enthousiastes de « l'alcaloïde de la bande d'Esmarch » (Lermoyez).

XIII. — Typhus et Paratyphus

Dans une courte revue, inspirée par les discussions qui avaient eu récemment lieu à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, sur le paratyphus, à la suite des très curieuses recherches de Netter et Ribadeau-Dumas, nous avons essayé de préciser comme l'avaient déjà fait précédemment, MM. Bensaude et Rivet, le diagnostic clinique et bactériologique des fièvres typhoïde et paratyphoïde. Le polymorphisme des paratyphoïdes rend le diagnostic, en général, difficile, la difficulté persiste dans les cas où le paratyphus prend le masque de la dothiénenthérie classique ; en l'état actuel de la médecine, le clinicien peut soupçonner une fièvre paratyphoïde, il ne peut l'affirmer. Le diagnostic bactériologique est au contraire toujours possible, grâce à la séro-réaction, portant sur le bacille d'Eberth et sur les bacilles type A et type B de Gœrtner.

XIII *bis*. — Fièvre typhoïde et ictère infectieux bénin, provoqués par ingestion d'huîtres

En 1896, M. le professeur Chantemesse avait signalé des cas de fièvre typhoïde consécutifs à l'ingestion d'huîtres; depuis, des faits contradictoires ont été apportés. Aussi, en présence d'une épidémie que nous avons pu observer de près, parmi les employés de la Compagnie du Chemin de fer du Midi, avons-nous cru devoir apporter la relation des faits intéressants récemment constatés.

Une épidémie de fièvre typhoïde grave a sévi dans le

personnel; or, sur les six malades soignés par nous, tous avaient mangé des huîtres de Cette, achetées sur place, par les employés faisant le service des trains Toulouse-Cette. Certains employés ou membres de leur famille, en dehors de ceux signalés plus haut, ont souffert uniquement de dérangement intestinal passager. Nous n'avons pu encore pratiquer l'examen bactériologique des huîtres suspectes, opération, d'ailleurs, entourée de difficulté, mais la relation clinique, tant par la durée de l'incubation que par l'absence de tout autre antécédent étiologique, nous a paru incontestable.

En dehors des faits de dothiénentérie vraie, nous avons observé chez deux sujets ayant mangé des huîtres de la même provenance, de l'ictère infectieux bénin, à forme durable, un mois environ, dû assurément à une angiocholite éberthienne, puisque le *séro-diagnostic* s'est montré positif.

C. — SYSTÈME NERVEUX

XIV. — Hémiplégie spasmodique infantile et hérédo-syphilis.

Fait clinique, montrant chez une enfant issue de souche paternelle nettement syphilitique, une hémiplégie spasmodique, manifestant son évolution, deux ans après la naissance, s'accompagnant d'épilepsie partielle et, plus tard, de lésions osseuses et superficielles des membres inférieurs sur la nature desquelles aucun doute ne saurait subsister, soit après examen clinique, soit après essai de traitement spécifique. La coexistence, chez un même sujet, d'une hémiplégie et d'une ostéopathie syphilitique, n'est-elle pas en faveur d'une même origine ? Ce fut notre conclusion, c'est celle que, plus hardiment encore, nous formulerions aujourd'hui.

XV. — Syndrome de Weber et paralysie faciale otitique.

L'on connaît le syndrome de Weber caractérisé par une hémiplégie totale d'un côté et une paralysie du moteur oculaire commun du côté opposé ; l'on sait aussi qu'il est l'indice d'une lésion inter-pédonculaire, au voisinage de l'émer-

gence du nerf de la IIIme paire. Le malade que nous avons observé a eu, d'abord, une paralysie faciale droite à type périphérique et, par suite, participation de l'orbiculaire des paupières, la paralysie de la VIIme paire étant liée à une otite moyenne grave. Ultérieurement est apparue la paralysie complète du moteur oculaire commun ; l'œil, qui précédemment était constamment ouvert, fut dès ce moment continuellement fermé, ptosis absolu. Huit jours plus tard, hémiplégie gauche complète, qui a évolué lentement vers la contracture ; le facial gauche était intéressé comme dans les paralysies d'origine centrale. Ainsi, se trouvait constitué un syndrome de Weber complexe, la paralysie faciale périphérique du côté droit ne s'améliorant pas et considérée comme incurable par l'électro-diagnostic, cette association nous a paru revêtir un type clinique digne d'être signalé.

XVIII. — Un cas de pied tabétique.

L'intérêt de ce cas, que nous avons publié avec notre ami le Dr Buy, réside dans cette particularité que la radiographie nous permit de déceler au pied droit, encore à son début, non cliniquement appréciable, l'ostéo-arthropathie tabétique qui existait manifestement au pied gauche. Nous fûmes des premiers à montrer l'avantage des rayons X, pour le diagnostic précoce du pied tabétique.

XIX. — Epilepsie Jacksonnienne et hémicraniectomie.

Observation médico-chirurgicale, publiée en collaboration avec notre ami, le professeur-agrégé Bauby. En présence de

signes très nets de localisation cortico-motrice, entraînant le syndrome épilepsie partielle, l'hémicraniectomie pratiquée montre l'intégrité de la zone motrice ; l'opération, purement exploratrice, eut cependant pour effet de produire une amélioration du syndrome, durant quelques mois.

XXIV. — **Formes frustes de la sclérose en plaques.**

Dans deux cas de sclérose en plaques se traduisant, cliniquement, par de la paralysie spasdomique, sans nystagmus, ni tremblement intentionnel, nous pûmes, après autopsie, déceler, par la méthode de Pall, les lésions médullaires caractéristiques ; au cours du travail présenté par nous à la Société anatomo-clinique de Toulouse, nous insistâmes sur les formes anormales de la sclérose en plaques, que, seule, l'anatomie pathologique microscopique permet dans bien des cas de reconnaître.

XXIX et XXX. — **Manifestations hystériques au déclin ou dans la convalescence des infections grippales et typhoïdiques.**

Au cours d'une grippe légère à localisation respiratoire, ont apparu des phénomènes délirants d'une acuité extrême, accompagnés de grandes crises d'hystérie, les accidents nerveux ayant persisté après la guérison de la grippe et n'ayant guéri que par l'isolement. Dans un cas de fièvre typhoïde grave, mais sans délire sérieux, nous vîmes, à la convalescence, des crises de grande hystérie apparaître et persister durant un an environ ; le mode d'apparition des attaques, le

tableau clinique, l'anesthésie sensitivo-sensorielle, persistant en dehors même de tout accident, ne laissaient aucun doute sur la signification des symptômes observés. Nous avons pensé que, dans nos deux cas, il s'était agi d'hystérie favorisée, ou par la grippe, ou par la fièvre typhoïde, l'infection ayant joué, soit le rôle d'agent provocateur comme le traumatisme, soit un rôle plus direct, comme dans les névrites ou myélites.

XXX. — **Des paralysies dans la coqueluche.**

Les paralysies comptent parmi les complications rares de la coqueluche, signalées par Rilliet et Barthez, Trousseau, Cadet de Gassicourt, J. Simon, Pierre Marie, Moussous, etc., elles doivent être classées d'après la lésion anatomique qui les engendre ; aussi distingue-t-on trois formes essentielles : cérébrale, médullaire et névritique ; la forme cérébrale est la plus fréquente, 77 °/° de la totalité des cas ; le type névritique est rare ; ayant eu l'occasion d'observer l'une et l'autre forme, nous les avons réunies dans une même revue.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une enfant de 15 mois, prise, vers le vingtième jour de son affection, de crises convulsives subintrantes qui laissèrent une hémiplégie totale droite, paralysie ayant duré plus d'un an et s'étant lentement améliorée. La localisation de la paralysie, l'absence de modification des réactions électriques légitimaient le diagnostic de paralysie d'origine cérébrale.

Dans le second cas, au cours d'une coqueluche qui durait depuis trois mois, une enfant de deux ans et demi, est

prise de vives douleurs dans le membre inférieur droit ; les troubles sensitifs se calment, mais le membre reste paralysé et l'atrophie se produit ultérieurement : le diagnostic de paralysie névritique a paru devoir être porté, justifié par les douleurs spontanées et réveillées par la pression des troncs nerveux. L'examen électrique a montré l'existence de la DR. La sœur de notre petite malade était atteinte de paralysie infantile grave, d'où, peut-être, prédisposition nerveuse *familiale*.

Nous avons cru, pour des raisons développées dans notre mémoire original, devoir rattacher la première forme de paralysie à un foyer hémorragique cortical, ou méningé localisé ; la deuxième est en tout comparable aux paralysies névritiques toxiques ou infectieuses.

XXXIII. — Diagnostic et traitement électrique des myopathies

En collaboration avec M. le professeur Th. Marie, nous avons, dans un travail d'ensemble, présenté au Congrès de médecine interne 1902, analysé les éléments du diagnostic clinique et électrique des myopathies ; nous avons montré que celles-ci étaient caractérisées par une diminution de l'excitabilité galvanique et faradique, sans modification qualitative ; nous avons aussi montré les inconvénients d'un traitement électrique trop énergique, danger d'autant plus à craindre, qu'en présence d'une contraction musculaire, en apparence, satisfaisante, on est souvent tenté d'employer une gymnastique active, qui, dans d'autres formes d'amyotrophie donne des résultats si satisfaisants. En nous appuyant

sur onze observations de myopathies diverses, recueillies au service d'électrothérapie, nous avons prouvé l'inefficacité constante du traitement électrique, même dans les cas où il a été prolongé au delà d'un an ; nous avons surtout insisté sur l'aggravation de l'amyotrophie myopathique, traitée par un courant électrique d'intensité excessive.

XXXIV. — Epithélioma du dos de la main traité et guéri par la radiothérapie

Il s'agit, dans ce cas, d'un vieillard atteint d'un vaste épithélioma du dos de la main, diagnostic vérifié histologiquement, et qui a guéri complètement à la suite de quelques séances d'électrothérapie ; des photographies prises avant et après ce traitement étaient des plus démonstratives.

D. — MÉDECINE GÉNÉRALE

XXXVII. — De quelques complications rares, observées au cours d'une épidémie de fièvre typhoïde.

Nous nous sommes attachés, dans cette étude clinique, à l'observation de trois complications rares : (*a*) les névrites, (*b*) les vomissements incoercibles, (*c*) la folie de la convalescence. L'une de nos malades a offert l'association de ces trois phénomènes rares. Au cours d'une dothiénentérie grave, la dite malade eut d'abord de la névrite sensitivo-motrice des membres inférieurs : douleurs très violentes, incessantes, réveillées par la pression des troncs nerveux, parésie marquée des muscles de la région antéro-externe de la jambe, quelques légers troubles trophiques cutanés ; cet état a duré quinze jours environ et s'est progressivement amélioré jusqu'à guérison complète. Des vomissements incoercibles, liés, selon toute vraisemblance, à une détermination gastrique de l'infection, suivirent la guérison de la névrite et se montrèrent rebelles à tout genre de traitement. Enfin, après disparition des vomissements, apparut un état mental lypémaniaque, se traduisant par un désordre psychique qui semblait révéler un trouble cérébral profond ; cette complication disparut comme les précédentes, deux mois environ, après le début de la maladie. Nous

avons revu la malade qui s'est bien portée depuis. Une autre malade, observée au cours de la même épidémie, présenta les mêmes accidents, sauf la névrite ; elle a aussi entièrement guéri. Les troubles névritiques nous ont paru en tout semblables à ceux démontrés par MM. Pitres et Vaillard, névrite infectieuse d'origine typhique ; les vomissements, nous l'avons déjà dit, sont l'équivalent de ceux etudiés par M. Chauffard dans sa thèse ; la folie de la convalescence ou folie post-typhique qui fut apyrétique suivant la règle, est d'interprétation plus délicate, est-elle liée à la gravité de la maladie ou est-elle le réveil d'une prédisposition latente ? Nous croyons a l'importance du facteur hérédité, et sur le terrain ainsi préparé, évoluent les vésanies de la fièvre typhoïde, qui se résument habituellement dans un état de pseudo-démence, sur lequel se greffe un accès de manie ou de mélancolie. Contrairement aux conclusions de la plupart des aliénistes, nous sommes tentés de considérer, avec M. Régis, la folie post-typhique comme une manifestation mentale, essentiellement curable, ainsi que les complications rares que nous venons de signaler.

XXXIX. — **Névrite diabétique.**

Au cours d'un diabète maigre, nous avons constaté une névrite du cubital, entraînant des troubles sensitifs, moteurs et trophiques de la zone de distribution de ce nerf, diagnostic confirmé par l'examen électrique. Nous avons montré l'importance de l'électro-diagnostic comme moyen d'exploration clinique ; nous avons cherché à déterminer le processus étiologique de cet accident, et après avoir discuté le

rôle du glucose, l'anhydrémie, l'acétone, l'acide diacétique, nous avons admis une névrite toxique, comparable à la névrite par intoxication urémique.

XLII. — Péricardite purulente consécutive à un abcès sous-diaphragmatique ouvert dans le péricarde.

Il s'agit, dans ce travail, d'un malade que nous vîmes seulement à la dernière phase de sa maladie, alors qu'il offrait une association de phénomènes fébriles et asystoliques, il avait dans ses antécédents de vagues symptômes intestinaux et hépatiques. L'autopsie démontra la présence d'un abcès sous-diaphragmatique, ayant pour point de départ une collection suppurée du foie ; de plus, il existait un énorme épanchement purulent du péricarde, que les mensurations les plus rigoureuses ont permis d'évaluer à un peu plus de 2 litres ; une ouverture trans-diaphragmatique mettait l'abcès sous-phrénique en communication avec la collection péricardique. L'intérieur du péricarde, après évacuation du pus, manifestait les signes d'une inflammation récente, c'était la forme anatomique classique dite « en gâteau de miel ». L'examen des divers pus, abcès du foie, abcès sous-phrénique et péricardite, a montré la stérilité absolue, tant sur les milieux aérobies que sur les milieux anaérobies. L'inoculation au lapin a prouvé l'absence de virulence du pus, l'animal a succombé au quinzième jour et son sang, ensemencé, était stérile. Nous n'insistons pas dans notre mémoire sur l'étiologie bien connue de l'abcès sous-phrénique, nous montrons combien

rare est l'ouverture de cette collection dans le péricarde ; dans l'excellente revue de Mauclaire, *Gazette des Hôpitaux*, 1895, cette terminaison est signalée une seule fois ; dans une thèse russe, sur les abcès sous-phréniques, complication semblable n'est signalée que deux fois. Il est entendu que nous plaçons à part les péricardites suppurées, formées au voisinage de l'abcès sous-phrénique, mais sans perforation. Un autre point intéressant est l'énorme quantité de pus renfermé dans le péricarde, deux litres ; or, les ouvrages d'anatomie donnent comme capacité du péricarde de 400 à 600 centim. cubes ; mais, la pathologie réalise parfois ce que l'expérimentation sur le cadavre est impuissante à produire. Gosselin a signalé un épanchement de deux litres, il s'agissait d'un liquide séro-fibrineux.

Ces remarques prouvent l'intérêt du cas clinique que nous venons de résumer.

XLIII. — **Embolie pulmonaire à la période pré-oblitérante de la phlegmatia alba dolens**

Une femme, à la suite de couches, en apparence normales, présente, vers le sixième jour, un point de côté subit, avec dyspnée violente, crachements hémoptoïques, symptômes bientôt calmés, mais auxquels succède, les jours suivants, une phlébite classique du membre inférieur. Cette observation nous a permis d'étudier ces embolies parfois redoutables, peu connues au moment où nous fîmes notre publication, sur lesquelles, cependant, Vaquez venait d'attirer l'attention. Nous avons, dans ce travail, formulé les règles qui doivent présider au traitement de la phlegmatia,

montré le moment auquel la mobilisation était sans danger et utile à la malade.

XLVIII. — Asthme vrai pendant la grossesse

Une malade que nous connaissons depuis de longues années et que nous avons observée en dernier lieu, avec notre ami, le professeur agrégé Audebert, offre cette particularité d'avoir eu de violentes crises d'asthme à chacune de ses grossesses, et alors seulement ; ajoutons, que sur les quatre grossesses, trois se sont terminées par accouchement avant terme ou expulsion d'un fœtus mort ; une seule a permis la naissance d'un enfant vivant, mais avec application de forceps.

Quand, après ses deux premières grossesses, accompagnées de crises de dyspnée violentes, notre malade eut acquis l'expérience, elle put ultérieurement diagnostiquer son état gravide, rien que par le *retour des accès d'asthme*. Ceux-ci étaient typiques, nous les avons décrits dans notre communication originale, toute cause de dyspnée pseudo-asthmatique pouvait être éliminée.

Sans traiter complètement la question tout à fait nouvelle des rapports de l'asthme avec la puerpéralité, nous avons vu qu'à part deux observations de Chambrelent (Société gynécologique de Bordeaux, 1895 et 1899) et trois de Halliday Croom (1892), il existait peu de documents dans la littérature médicale.

Le professeur Brissaud signale les relations de l'asthme et de la grossesse, mais les traités d'obstétrique sont, par contre, absolument muets.

Ces accès d'asthme ont été mortels pour la femme, dans une des observations rapportés par Chambrelent ; plus souvent, ils doivent retentir sur l'état du fœtus et occasionner sa mort ; telle est peut-être la cause de l'excessive morti-natalité relatée dans notre observation. Nous dirons, enfin, que, malgré son intensité, la crise dyspnéique n'a eu aucune influence sur la contraction utérine, l'utérus est resté silencieux. Ce fait est en contradiction avec l'opinion de Brown-Séquard, pour lequel la présence d'acide carbonique dans le sang déterminait, à bref délai, l'apparition des contractions utérines.

LI. — **Anasarque au cours de l'entéro-côlite grave, terminée par gangrène cutanée**

Tel est l'accident, sinon la terminaison, signalée, au mois de juillet 1904, par M. le professeur Hutinel, chez un enfant atteint d'une entéro-côlite, longue, grave et récidivante ; un mois plus tard, ayant eu l'occasion d'observer un cas analogue, nous reprîmes la question et en fîmes l'objet d'une communication au Congrès de Médecine interne, Paris 1904. L'enfant observé par nous fut traité sans mesure par les lavages de l'intestin à l'eau salée ; il était alimenté avec du bouillon maigre, trop fortement salé aussi, et sous l'influence de cette double absorption de chlorure, voie gastrique et voie intestinale, l'œdème apparaissait au point de constituer bientôt le tableau de l'anasarque généralisée ; la cachexie et surtout la gangrène cutanée mirent fin à cet état, la mort survint, malgré le régime déchloruré, institué trop tard.

Ainsi que le pense M. Hutinel, nous croyons que les enfants atteints d'anasarque avec entéro-côlite ne se comportent pas comme s'ils avaient une néphrite. Notre jeune malade n'avait ni albuminurie, ni oligurie, la chlorurie = 13,5. Nous savons le rôle capital des chlorures dans la production de l'œdème, ce sont eux qui troublent le jeu des forces osmotiques par leur fixation dans les tissus, fixation due, soit à un trouble de la circulation sanguine, soit à une altération des émonctoires, soit à une modification de l'activité des tissus eux-mêmes ; ce dernier élément paraît dominer le syndrome qui nous occupe, ce qui rapproche l'œdème de l'entéro-côlite de l'œdème cachectique. Les expériences de MM. Achard et Paisseau, Nobécourt et Vitry, consistant à faire apparaître à volonté des œdèmes chez les enfants à nutrition très affaiblie, par le régime hyperchloruré, confirment la théorie pathogénique que nous avons adoptée. Mais au-dessus de la théorie pathogénique si intéressante, nous plaçons une considération d'ordre thérapeutique : l'usage prudent des solutions chlorurées dans l'entérite de l'enfance.

LVII. — Hémopéricarde brigthtique.

Un malade, âgé de 62 ans, atteint de néphrite interstitielle ancienne, au cours de laquelle ont apparu, à maintes reprises, des symptômes urémiques, meurt dans le service de notre maître, M. le Professeur Caubet, où nous l'avons observé quelques semaines ; l'autopsie et la communication qui l'a suivie sont faites avec la collaboration et l'appui de notre maître et ami, le Professeur agrégé Rispal. Laissant

de côté les lésions congestives hépatiques et pulmonaires, nous dirons que le cadavre offrait, comme particularité intéressante, une distension énorme du sac péricardique, refoulant à droite le médiastin. Le péricarde ouvert donne issue à deux litres de liquide hémorragique, mais sans caillots ni aucune fausse membrane : l'épicarde est légèrement épaissi, l'examen le plus attentif ne permet de découvrir ni rupture, ni anévrysme cardiaque ou aortique. L'examen histologique a montré un myocarde sain, avec légère infiltration embryonnaire sous-épicardique.

En résumé, nous avons observé un brightique artério-scléreux, à l'autopsie duquel on trouvait un gros épanchement hémorragique du péricarde, non attribuable à une péricardite, ni à une rupture cardiaque ou anévrysmale. C'est là une rareté : l'hémopéricarde se rattache à la pathogénie des hémorragies brightiques en général, allant du simple épistaxis a l'hémorragie intestinale mortelle, ainsi que l'a relaté Souques (Soc. Méd. des Hôpitaux, juin 1901) ou à l'hémorragie intestinale grave (thèse de notre élève Fédou, Toulouse 1899). L'hémorragie brightique, quelle qu'elle soit, a pour cause l'intoxication ; elle est comparable à celle produite expérimentalement par l'injection de toxines microbiennes. Les observations rares d'hémopéricarde, publiées à ce jour, sont signalées dans la thèse de Lacrousille 1865 ; à l'époque de notre communication, nous ne trouvâmes pas de faits plus récents.

LVIII. — Pseudo-rhumatisme ourlien.

Cette affection, signalée par Trousseau, a été étudiée à nouveau avec les pseudo-rhumatismes infectieux, dont elle

est un type rare ; nous avons retrouvé les travaux de Chaumier, Glénereau, Boinet, Lannois et Lemoine, Plagneux, de Cérenville, Liégeois, la thèse de Gachon (Montpellier 1887), etc...

Il s'est agi, dans notre cas, d'un pseudo-rhumatisme à forme polyarticulaire aiguë, survenu à la période d'état des oreillons ; aucune autre infection récente ou ancienne n'était relevée pour expliquer la fluxion articulaire, l'épreuve du salicylate restait négative. Des ensemencements du liquide synovial ont été pratiqués sur divers milieux, et aucune colonie microbienne n'a poussé. S'agit-il d'un simple rhumatisme toxique ou éprouve-t-on pour la culture d'un liquide provenant d'arthrite ourlienne les difficultés signalées pour la culture du liquide recueilli dans l'arthrite blennorragique ? A cette double question, il est provisoirement impossible d'apporter une solution.

L'épreuve du cyto-diagnostic nous a fait constater, au moment de l'examen, à la période de la défervescence de la maladie, une quantité remarquable de mononucléaires, mais nous n'oserions donner encore là une formule définitive du pseudo-rhumatisme ourlien.

I.V. — Cirrhose hypertrophique avec ascite, guérison.

Après avoir défini les divers types de cirrhose hypertrophique, nous présentons une observation concernant une jeune fille de 22 ans qui fut rapidement atteinte, sans cause appréciable, d'ascite, rattaché par les médecins qui la virent à cette époque à une péritonite tuberculeuse. Première

intervention il y a sept ans, suivie d'une seconde trois mois après, reproduction rapide de l'ascite et absence de lésions tuberculeuses, à l'examen du péritoine, pratiqué lors de la laparotomie. Le foie a bientôt grossi, est devenu très volumineux, la rate est grosse et l'ascite se reproduit ainsi durant cinq ans ; ponctions répétées, régime lacté intégral durant trois ans et opothérapie hépatique pendant trois mois ; finalement, l'ascite se reproduit plus lentement et, au bout de cinq ans et demi, ne reparaît plus. Les cultures, les inoculations, le cyto-diagnostic, ne permettent pas de reconnaître un épanchement de nature tuberculeuse ; les signes passagers d'insuffisance hépatique, l'état de la rate nous font au contraire porter le diagnostic de cirrhose hypertrophique. Nous avons cherché à préciser l'étiologie et sommes arrivés, par élimination, à rattacher cette cirrhose à la tuberculose, l'épanchement étant de nature mécanique, mais avant d'adopter cette idée, nous avons longtemps hésité nous demandant s'il ne s'agissait pas de cirrhose par auto-intoxication gastro-intestinale ; le premier mode étiologique nous a paru préférable. La guérison se maintient parfaite depuis deux ans.

LIX. — **Un cas de diabète traumatique**

Il s'agit d'un soldat qui, après une chute de 3 mètres environ, ayant occasionné une commotion cérébrale grave, fut pris quelques jours après, des premiers signes de diabète : polydypsie, polyurie ; la glycosurie fut, dès lors, constatée et l'on peut affirmer qu'elle n'existait pas avant. Le diabète a, depuis lors, évolué à la façon d'un diabète maigre, la

quantité de sucre émise journellement est de 75 grammes ; le taux des urines est de 6 litres, l'origine de la maladie remonte à deux ans environ, et, aujourd'hui, le sujet est en pleine évolution de tuberculose pulmonaire.

Ce cas me paraît devoir être rapproché de ceux étudiés par M. le professeur Dieulafoy (Cliniques de l'Hôtel-Dieu) et montre bien l'influence du traumatisme crânien sur l'apparition du diabète.

LX. — Abcès péri-néphrétique consécutif à une hémorrhagie péri-rénale

C'est le cas d'un chauffeur de chemin de fer qui, à la suite d'une chute sur les talons, a été pris de violente douleur lombaire avec irradiation testiculaire, faisant légitimement songer à une affection traumatique du rein. Des accidents infectieux graves ont bientôt apparu qui ont amené le diagnostic de phlegmon péri-néphrétique ; une intervention, pratiquée par M. le professeur Cestan, a amené l'issue d'une quantité de pus, d'odeur fécaloïde ; l'examen bactériologique a montré la présence du colibacille.

Il nous a paru que les accidents avaient évolué de la façon suivante : d'abord, rupture d'une artère corticale du rein et hématome consécutif, infection secondaire par les microbes intestinaux ; c'est là un des modes d'infection les plus couramment relatés.

Toulouse. — Imp. Ch. Marqués, 22 et 24, boulevard de Strasbourg.